

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 53

Etude de la morbidité et de la mortalité
par
infection puerpérale chez les femmes
ayant subi une intervention
au cours du travail

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 30 Novembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Achille ROLLAND

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 26 Juillet 1906, à BANYULS-dels-ASPRES, (Pyrénées Orientales)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

Etude de la morbidité et de la mortalité
par infection puerpérale
chez les femmes ayant subi une intervention
au cours du travail



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 53

Etude de la morbidité et de la mortalité
par
infection puerpérale chez les femmes
ayant subi une intervention
au cours du travail

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 30 Novembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Achille ROLLAND

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 26 Juillet 1906, à BANYULS-dels-ASPRES, (Pyrénées Orientales)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1931

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILIARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutique générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	FATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	X.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie M. CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	NOEL	ROCHET (Ph.)	CHAMBON
ROCHAIX	DUMAS	WERTHEIMER	CIBERT
RHENTER	DUFOURT	GATE	EPARVIER
MAZEL	DEVIC	BERNHEIM	GUILLEMINET
SANTY	GABRIELLE	DECHAUME	MORENAS
CHALIER (André)	MARTIN (Joseph)	POLLOSSON	REBATTU (Ch.)
CHALIER (Joseph)			

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VORON, président ; RHENTER, assesseur ;
DECHAUME et EPARVIER, agrégés.



La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je n'oublierai jamais que je dois tout
à votre abnégation, à votre dévouement
sans bornes.

A TOUS MES PARENTS

AU DOCTEUR CASTAGNE

AU DOCTEUR COURP

A TOUS MES AMIS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

Professeur de Clinique obstétricale

Qui nous a fait le grand honneur
d'être notre Président de Thèse.

Nous le remercions de la bienveil-
lance avec laquelle il nous a toujours
accueilli dans son service.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIGEAUD

Chef de Clinique Obstétricale

Nous le remercions de nous avoir
donné le sujet de notre thèse et de nous
avoir guidé dans son élaboration.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DU SERVICE
DE SANTÉ MILITAIRE

Etude de la morbidité et de la mortalité
par infection puerpérale
chez les femmes ayant subi une intervention
au cours du travail

Introduction

Nous avons recueilli à la Clinique Obstétricale de la Charité, au cours des années 1927 (novembre et décembre), 1928, 1929, 1930 et 1931 (janvier-février-mars et avril) 427 observations ayant trait à des femmes ayant subi une intervention obstétricale au cours du travail, à l'exclusion de toute intervention au cours de la délivrance.

Nous avons cherché à voir dans quelles mesures ces interventions pratiquées correctement dans un service hospitalier, bien organisé, réagissent sur le taux de la morbidité et de la mortalité par infection puerpérale chez les femmes accouchées.

Par intervention, au cours du travail, nous entendons différentes manœuvres obstétricales qui sont :

I. — APPLICATION DE FORCEPS. — Il s'agit là d'une intervention courante, souvent pratiquée, soit que l'in-

dication en soit tirée de l'état de la mère, de l'état de l'enfant ou d'un arrêt de la progression.

II. — LES VERSIONS PODALIQUES PAR MANŒUVRES INTERNES. — Peu d'observations ont en réalité trait à une pareille manœuvre. En effet, la surveillance attentive des femmes enceintes, au cours de la grossesse, rend de plus en plus rare la constatation de présentations de l'épaule au cours du travail. Quant aux versions podaliques par manœuvres internes exécutées dans les cas de présentation du sommet, la lecture attentive des observations nous montre qu'à la Clinique Obstétricale, du moins, de telles interventions sont exceptionnelles. Il est, en effet, assez rare que les conditions idéales exigées par la version dans de tels cas se trouvent réunies, et l'on sait les dangers auxquels on expose les femmes en essayant de pratiquer une version lorsque ces conditions ne le sont pas.

III. — LA MISE EN PLACE D'UNE BOUGIE DE KRAÜSE destinée à provoquer l'accouchement dans le cas de bassin rétréci ou dans le cas d'excès de volume de l'enfant. Il ne s'agit pas là, à proprement parler, d'une intervention au cours du travail, mais il nous semble que la présence d'un corps étranger dans l'utérus présente au point de vue des probabilités d'infection, une valeur sensiblement égale à celle qui est offerte par les interventions précédentes.

Nous savons bien que ce que nous disons là est purement théorique, mais il ne nous aurait pas paru

normal d'écarter de nos statistiques les accouchements provoqués.

IV. — On trouvera également parmi nos observations, CERTAINES INTERVENTIONS plus rares, telles que, extractions du siège laborieuses, ayant nécessité des manœuvres intra-utérines, telles enfin un certain nombre d'embryotomies.

Parmi ces observations, il en est en réalité de deux sortes, les unes sont exécutées alors que la parturiente a été suivie au cours de la grossesse et est arrivée à la clinique dès le début du travail ; d'autres, au contraire, ne sont que le complément d'autres manœuvres obstétricales mises en œuvre en dehors de la clinique chez des malades qui désiraient accoucher chez elles ; manœuvres exécutées, dans des conditions défavorables et par un personnel souvent peu expérimenté. On conçoit que le taux de la morbidité et de la mortalité par infection puerpérale soit bien différent dans chacun de ces cas ; nous aurions aimé les séparer, malheureusement, les observations ne sont pas nettes à ce sujet et nous avons été obligés de réunir ensemble tous ces faits évidemment un peu différents.

Il y a également un autre point que nous voulons préciser dès ce moment. Nous avons délibérément éliminé toutes les observations de placenta prævia qui, par l'abondance de l'hémorragie, ou par les accidents graves qui ont marqué ou suivi l'intervention, ne peuvent normalement trouver place dans cette statistique qui cherche avant tout à établir le pourcentage

des infections puerpérales à la suite d'interventions exécutées au cours du travail, mais en dehors de tout traumatisme évident.

Enfin, nous insistons à nouveau sur le fait, que nous avons laissé de côté tous les cas dans lesquels on a été conduit à intervenir au cours de la période de la délivrance, soit en pratiquant une délivrance artificielle, soit en pratiquant simplement une revision utérine. Notre statistique ne comporte donc que les observations dans lesquelles on est intervenu, soit pour provoquer le travail à l'aide de bougies de Kraüse, soit au cours du travail lui-même, pour terminer l'accouchement.

Nous avons constaté en semblable occurrence, un taux relativement élevé de morbidité par infection puerpérale. Pour préciser les limites de cette morbidité, nous avons suivi les règles utilisées par le Professeur Fabre, alors qu'il publiait chaque année les résultats obtenus au point de vue prophylaxie de l'infection puerpérale dans son service de la Clinique obstétricale.

Nous remercions Monsieur le Professeur Voron, qui a bien voulu nous accueillir dans son service et nous autoriser à recueillir les observations.

Dans ce travail nous suivrons le plan suivant : après un court historique de la question, nous exposerons les observations, et nous comparerons les résultats à ceux des différents auteurs qui s'en sont occupé.

CHAPITRE PREMIER

Les accidents fébriles qui éclatent chez les nouvelles accouchées sont connus depuis la plus haute antiquité. Hippocrate les avait mentionnés. Ambroise Paré en parle, mais ces faits demeurent mystérieux jusqu'au milieu du xix^e siècle. Ce n'est qu'en 1846, que la notion de contagion commence à se faire jour avec Samuel Kneeland qui, le premier, parla de l'inoculation de la fièvre puerpérale, par les liquides provenant de femmes malades, et surtout Semmelweis à qui revient le grand honneur d'avoir établi sans conteste la nature contagieuse de ces affections. Dix ans plus tard, Tarnier fait à Paris des constatations analogues et confirme les vues de Semmelweis.

Enfin, avec l'ère Pasteurienne, le mystère se dissipe complètement. En 1879, Pasteur isole et cultive le *Streptococcus pyogènes* déjà vu dix ans avant par Coze et Feltz, de Strasbourg. La nature polymicrobienne de l'affection était démontrée.

Seul incriminé pendant longtemps, on s'aperçut que l'infection puerpérale n'était pas l'apanage du seul streptococcus pyogènes. Dès 1880, Doléris décrit quatre agents différents de l'infection puerpérale; en 1883, Bar montre qu'elle peut être causée par des germes divers, tant aérobies qu'anaréobies ; dès lors,

l'examen bactériologique des lochies pratiqué systématiquement, permet d'établir peu à peu sa nature polymicrobienne. Mais les débats demeurent ouverts, en ce qui concerne l'origine de ces germes. C'est encore au grand Hongrois Semmelweis que revient l'honneur d'avoir eu la conception la plus nette de la question, et ceci, bien avant les découvertes de Pasteur.

Dans « L'Étiologie de la fièvre puerpérale, son essence, sa prophylaxie », publiée en 1860, on trouve cette phrase : « Dans de rares cas, le poison cadavérique, la substance organique en voie de décomposition, ces détritits de nature animale dont la résorption donne la fièvre puerpérale, sont développés spontanément dans les limites de l'organisme envahi par la fièvre. Ce sont là des cas d'infection autogène (Selbstinfection) et ces cas ne peuvent pas toujours être évités. »

Dès 1880, la parole est aux bactériologistes, et les discussions faillirent prendre l'allure « d'une querelle byzantine » comme le disait récemment un auteur allemand. Quoi qu'il en soit, il est aujourd'hui bien établi que les infections puerpérales reconnaissent deux sources : origine autogène et origine hétérogène.

La première, indiscutable dans les accouchements spontanés, sans interventions d'aucune sorte, suivis d'infection puerpérale, ne peut guère être invoquée toutes les fois qu'on est intervenu au cours du travail ou de la délivrance.

Dans ces cas, son rôle ne peut pas être mis en lumière, mais il existe sûrement, et explique les pous-

sées fébriles et les infections puerpérales succédant à des interventions réalisées dans des conditions d'asepsie parfaite.

Ces restrictions étant faites, il est indiscutable, que toute intervention au cours du travail, peut être une cause d'infection, tant par l'apport de germes *in situ*, que par les traumatismes qu'elle provoque inévitablement, chez des femmes souvent débilitées par un long travail les mettant en état de moindre résistance, tant vis-à-vis des germes pathogènes apportés de l'extérieur, ou préexistant, que des germes saprophytes dont la virulence peut s'exalter.

Les chances de contagion croissent proportionnellement à la gravité de l'intervention, depuis la simple application de forceps, jusqu'aux embryotomies laborieuses. Schmiedlechner, en 1909, comparant les suites de couches des femmes accouchées spontanément, ou grâce à une intervention, trouve que la morbidité est dans le premier cas de 0,27 %, dans le second cas de 13 % et la mortalité de 0,06 % dans le premier cas et de 0,86 % dans le second. Toutes ces interventions ne sont pas également dangereuses, comme nous l'avons dit précédemment. Ainsi Felhing, en 1903, a montré que la morbidité qui s'élève à 47 % après la délivrance artificielle, n'est que de 13 % après les applications de forceps, et de 12 % après les versions.

Nous rappellerons que M le Professeur agrégé Eparvier, dans sa thèse soutenue en 1916, rapportant les statistiques recueillies dans le service du Professeur Fabre, a établi un pourcentage de la morbidité et de la mortalité par infection puerpérale. Les différents au-

teurs que nous venons de citer ont donné des chiffres extrêmement intéressants, mais aucun de ces chiffres ne peut, à priori, être comparé aux nôtres.

En effet, certains accoucheurs ont établi des pourcentages concernant la morbidité et la mortalité par infection puerpérale chez les femmes accouchées prises en bloc, sans faire de distinctions entre les accouchements spontanés et les interventions. D'autres ont bien établi cette discrimination, mais ne disent pas quels sont les tests qui leur ont permis de fixer les limites de la morbidité.

Nous avons donc cité leurs travaux pour essayer d'être complet, et nous allons maintenant exposer nos propres observations.

CHAPITRE II

Nos Observations

Observations de morbidité

ANNÉE 1927

(Novembre et Décembre)

OBS. N° 912. — Accouchement provoqué à terme par la mise en place d'une bougie de Kraüse. On termine l'accouchement par une application de forceps. Extraction laborieuse. Sortie au 13^e jour.

OBS. N° 950. — Rétrécissement mitral. Grossesse bien supportée. On pratique une application de forceps à cause de l'insuffisance des contractions. Déchirure périnéale. Sortie le 16^e jour.

OBS. N° 1.019. — Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2. La dilatation restant stationnaire à 2 cm., on introduit un ballon de Champetier de Ribes. Enfin, on termine l'accouchement par une application de forceps à la vulve. Sortie le 26^e jour.

OBS. N° 1.033. — Présentation du siège. Arrêt de la progression. On pratique des tractions inguinales et des tractions aux tubes de caoutchouc souple. Comme elles demeurent infructueuses, on termine l'accouchement par une application de forceps sur le siège au bas de l'excavation. Sortie le 14^e jour.

OBS. N° 1.040. — Primipare. Bassin un peu généralement rétréci. Gros enfant. Arrêt de la progression. On pratique une application de forceps, la tête étant fixée en O. I. D. P. Déchirure périnéale. Sortie le 15^e jour.

OBS. N° 1.045. — Insuffisance des contractions à la période d'expulsion. Application de forceps au bas de l'excavation. Sortie le 15^e jour.

ANNÉE 1928

OBS. N° 12. — Défaut de contractions à la période d'expulsion. Application de forceps au bas de l'excavation. Infection puerpérale légère. Sortie le 24^e jour.

OBS. N° 24. — Bassin aplati généralement rétréci. Accouchement provoqué par la mise en place d'une bougie de Kraüse à 8 mois 1/2, à cause du volume de l'enfant. Travail long. Sortie le 16^e jour.

OBS. N° 38. — Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2 par la mise en place d'une bougie de Kraüse. Légère infection des suites de couches. Sortie le 12^e jour.

OBS. N° 100. — On pratique une application de forceps à cause de la lenteur du travail. Sortie le 12^e jour.

OBS. N° 145. — Accouchement provoqué au voisinage du terme. Mise en place de deux bougies de Krause à deux jours d'intervalle. Le travail se déclenche, mais la présentation arrivée sur le périnée ne progresse plus. Après 3 heures 45 minutes d'expectative, on termine l'accouchement par une application de forceps à la vulve. Sortie le 14^e jour.

OBS. N° 173. — A cause de l'insuffisance des contractions, on pratique une application de forceps sur la tête fixée au milieu de l'excavation. Sortie le 11^e jour.

OBS. N° 180. — Application de forceps à cause de la souffrance de l'enfant. Sortie le 27^e jour.

OBS. N° 182. — Bassin plat. Accouchement laborieux. Arrêt de la progression. On pratique une application de forceps sur tête fixée en haut de l'excavation et incomplètement fléchie. Résistance des parties molles. Extraction laborieuse. Sortie le 18^e jour.

OBS. N° 330. — Grande extraction du siège. Déchirure périnéale. Sortie le 14^e jour.

OBS. N° 450. — Présentation de l'épaule sous la dépendance d'une insertion vicieuse du placenta (insertion marginale). Dilatation manuelle facile. On pratique la version podalique et l'on fait l'extraction immédiate. Sortie le 15^e jour.

OBS. N° 476. — Luxation congénitale double de la hanche. Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2 par la mise en place d'une bougie de Krause. Sortie le 18^e jour.

OBS. N° 535. — Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2 par la mise en place d'une bougie de Krause. Sortie le 18^e jour.

OBS. N^{os} 584 et 585. — Accouchement gémellaire. Spontané pour le premier fœtus. Extraction du siège pour le deuxième.

OBS. N^o 621. — Latérocidence du cordon. Souffrance de l'enfant à la période d'expulsion. On termine l'accouchement par une application de forceps au bas de l'excavation. Sortie le 15^e jour.

OBS. N^o 648. — Accouchement provoqué après le terme, par la mise en place d'une bougie de Krause. Sortie le 10^e jour.

OBS. N^o 710. — Application de forceps au bas de l'excavation, en raison de la souffrance de l'enfant. Déchirure périnéale ayant nécessité deux points de suture. Sortie le 14^e jour.

OBS. N^o 741. — Bassin rétréci. Accouchement prématuré provoqué par la mise en place d'une bougie de Krause. Dilatation manuelle du col. Insuffisance de contractions. On termine l'accouchement par une application de forceps après rachianesthésie. Sortie le 27^e jour.

OBS. N^o 754. — Température de 39°2 à l'arrivée de la malade à la clinique. Souffrance, puis mort rapide de l'enfant. On termine l'accouchement par une craniotomie. Sortie le 12^e jour.

OBS. N^o 763. — Présentation du siège complet. Procidence du cordon. Extraction immédiate de l'enfant. Déchirure périnéale. Hémorragie assez abondante : 800 gr. environ. Sortie le 15^e jour.

OBS. N^o 806. — Accouchement prématuré provoqué par la mise en place de deux bougies de Krause à trois jours d'intervalle. Sortie le 13^e jour.

OBS. N° 888 et 889. — Accouchement gémellaire. Extraction du siège sur le premier fœtus. Version podalique sur le deuxième. Sortie le 22^e jour.

OBS. N° 896. — Insuffisance de contractions. Application de forceps au bas de l'excavation. Deux prises ont été nécessaires. Déchirure périnéale. Sortie le 12^e jour.

OBS. N° 955. — Application de forceps nécessitée par la souffrance de l'enfant. Sortie le 13^e jour.

OBS. N° 976. — Accouchement après terme, à cause d'une présentation de l'épaule négligée. Rupture précoce des membranes. Mort de l'enfant pendant le travail. L'épaule est engagée. Accouchement terminé comme pour une présentation du siège. Sortie le 11^e jour.

OBS. N° 1.216. — Accouchement prématuré provoqué au voisinage du terme par la mise en place d'une bougie de Krause. Sortie le 12^e jour.

ANNÉE 1929

OBS. N° 37. — Accouchement prématuré provoqué à huit mois et demi par la mise en place de deux bougies de Krause. Sortie le 15^e jour.

OBS. N° 79. — Application de forceps au bas de l'excavation nécessitée par l'insuffisance des contractions. Déchirure périnéale. Sortie le 14^e jour.

OBS. N° 126. — La malade a perdu les eaux et a été examinée par une sage-femme, en ville. La progression est lente. Après deux heures d'expectative, on fait une application de

forceps. Après quinze minutes de vigoureuses tractions, le forceps dérape. On fait une nouvelle prise, et, on exerce des tractions avec des lacs. Les lacs cassent. A ce moment, on s'aperçoit que l'enfant est mort et on termine l'accouchement par une basiotripie. Sortie le 19^e jour.

OBS. N° 148. — Il a été pratiqué une grande extraction du siège. Sortie le 11^e jour.

OBS. N° 159. — Accouchement prématuré provoqué à huit mois et demi par la mise en place d'une bougie de Kräuse. Les contractions devenant insuffisantes, on a terminé l'accouchement par une application de forceps. Sortie le 14^e jour.

OBS. N° 159. — Accouchement prématuré provoqué à huit mois et demi par la mise en place d'une bougie de Kräuse. Les contractions devenant insuffisantes, on a terminé l'accouchement par une application de forceps. Sortie le 14^e jour.

OBS. N° 177 et 178. — Grossesse gémellaire. Extraction immédiate du premier fœtus après la rupture de la poche des eaux. Grande extraction du siège pour le deuxième fœtus. Sortie le 25^e jour.

OBS. N° 184. — Accouchement après terme. Les contractions devenant insuffisantes à la période d'expulsion, on termine l'accouchement par une application de forceps à la vulve. Déchirure périnéale. Sortie le 15^e jour.

OBS. N° 196. — Primipare. Gros enfant. Application de forceps à cause du volume de l'enfant. Extraction laborieuse. Sortie le 18^e jour.

OBS. N° 197. — Primipare âgée. Les contractions devenant insuffisantes, on a dû pratiquer une application de forceps,

et effectuer la rotation de la tête. Deux prises ont été nécessaires. Sortie le 14^e jour.

OBS. N° 226. — Application de forceps au bas de l'excavation, à cause de l'insuffisance des contractions. Sortie le 12^e jour.

OBS. N° 247. — Inertie utérine à la période d'expulsion. Il a fallu terminer l'accouchement par une application de forceps. Il y a eu une déchirure périnéale. Sortie le 20^e jour.

OBS. N° 264 — Accouchement prématuré provoqué par la mise en place de deux bougies de Krause. Hémorragie de 600 grammes. Sortie le 55^e jour.

OBS. N° 284 — La dilatation ne se fait pas. On fait une rachi-anesthésie, puis une anesthésie générale. On essaye de faire la dilatation manuelle du col. On amène la dilatation à deux doigts et on pratique la manœuvre de Braxton-Hicks. Sortie le 16^e jour.

OBS. N° 337. — Présentation de l'épaule. Il y a eu une tentative de version podalique, en ville. La malade est amenée à la clinique, où la version podalique est pratiquée sous anesthésie générale. Sortie le 11^e jour.

OBS. N° 386. — Albuminurie grave de la grossesse. Accouchement prématuré provoqué au voisinage du terme par la mise en place de deux bougies de Krause. Sortie le 17^e jour.

OBS. N° 396. — Siège décomplété mode des fesses. La température atteint 40° le 10^e jour après l'accouchement et paraît être due à une poussée de galactophorite du sein droit. Sortie le 12^e jour.

OBS. N° 401. — Albuminurie importante. On provoque l'accouchement à 8 mois 1/2 par la mise en place d'une bougie de Kraüse. La malade a du délire persistant. On la transfère à Bron le 7^e jour.

OBS. N° 410. — La malade a une température de 39°5 à son arrivée à la clinique. La poche des eaux a été rompue en ville par une sage-femme. On fait la dilatation manuelle du col et l'on termine l'accouchement par une application de forceps. Trois prises ont été nécessaires. Extraction laborieuse. Sortie le 25^e jour.

OBS. N° 440. — Accouchement retardé (9 mois et 20 jours). Primipare amenée à la clinique après 48 heures de travail. La dilatation est presque complète. On se trouve devant une présentation de la face. On pratique immédiatement une version podalique. Extraction laborieuse de la tête dernière. Déchirure périnéale. Sortie le 13^e jour.

OBS. N° 471. — La malade a été examinée en ville par un docteur. Elle accuse une température de 38°4 à son arrivée à la clinique. Le travail est laborieux et lent. Inertie de la période d'expulsion. On termine l'accouchement par une application de forceps au bas de l'excavation. Déchirure périnéale. Sortie le 12^e jour.

OBS. N° 508. — Tuberculose probable. Travail long. On fait la dilatation manuelle du col et on pratique une application de forceps au bas de l'excavation. Le liquide amniotique est fétide. Endométrite légère. Sortie le 24^e jour.

OBS. N° 531. — Accouchement prématuré provoqué à huit mois et 20 jours, à cause du volume de l'enfant, par la mise en place d'une bougie de Kraüse. Lymphangite du sein droit. Sortie le 12^e jour.

Obs. N° 643. — La malade accuse une température de 38°9 à son arrivée à la clinique. Elle présente de l'infection amniotique. On pratique une application de forceps à cause de l'insuffisance des contractions. Déchirure périnéale. Sortie le 15° jour.

Obs. N° 662. — La température de la malade est de 39°2 à son arrivée à la clinique. Les bruits du cœur de l'enfant ne sont pas perçus. On pratique une basiotripsie sur enfant mort. Déchirure périnéale. Sortie le 15° jour.

Obs. N° 672. — Accouchement retardé (9 mois 1/2). On pratique une application de forceps dans l'excavation à cause de la longueur exagérée du travail. Sortie le 12° jour.

Obs. N° 746. — La température de la malade est de 38°4 à son arrivée dans le service. On pratique une application de forceps à cause de l'insuffisance des contractions utérines. Déchirure périnéale. Lymphangite. Sortie le 14° jour.

Obs. N° 781. — Accouchement prématuré provoqué à huit mois et demi par la mise en place d'une bougie de Krause. Sortie le 13° jour.

Obs. N° 862. — Longueur exagérée du travail. On fait une rachianesthésie pour pouvoir faire la dilatation manuelle du col, puis on termine par une application de forceps. Sortie le 14° jour.

Obs. N° 965. — Application de forceps au détroit inférieur à cause de l'insuffisance des contractions utérines. Déchirure périnéale. Sortie le 15° jour.

c Obs. N° 990. — Insuffisance de contractions utérines à la période d'expulsion. On termine l'accouchement par un

application de forceps. Deux prises ont été nécessaires. Déchirure périnéale. Sortie le 14^e jour.

OBS. N° 1.015. — Primipare de 26 ans. Accouchement laborieux à cause du volume de l'enfant. Signes de souffrance de l'enfant, la tête étant dans l'excavation et la dilatation étant à 4 centimètres seulement. On fait une rachianesthésie. On pratique la dilatation manuelle en sept minutes et on termine l'accouchement par une application de forceps. Deux prises ont été nécessaires. Déchirure périnéale ayant nécessité trois points de suture. Sortie le 21^e jour.

OBS. N° 1054. — Rupture prématurée des membranes 35 heures avant le travail. Souffrance de l'enfant à la période d'expulsion. On termine l'accouchement par une application de forceps au bas de l'excavation. Sortie le 12^e jour.

OBS. N° 1.162. — On a pratiqué une application de forceps, sur la tête au bas de l'excavation. Le 6^e jour, les seins sont tendus et douloureux. Sortie le 11^e jour.

OBS. N° 1.182. — Primipare. Accouchement long et laborieux à cause du volume de l'enfant qui a pesé 5.450 grammes. On doit terminer l'accouchement par une application de forceps au bas de l'excavation. Déchirure périnéale. Sortie le 18^e jour.

OBS. N° 1.199. — Bassin aplati généralement rétréci. Epreuve du travail après la rupture prématurée des membranes. Après 48 heures de douleurs, on procède à la mise en place d'un petit ballon. La tête s'engage et descend peu à peu mais les contractions devenant insuffisantes, on est obligé de terminer l'accouchement par une application de forceps. Sortie le 13^e jour.

ANNEE 1930

OBS. N° 39. — Accouchement prématuré spontané. A cause de l'insuffisance des contractions et du défaut de rotation de la tête, on pratique une application de forceps. Légère dystocie des épaules. Température persistante pendant les dix premiers jours. Lochies fétides. Sortie le 15° jour.

OBS. N° 41. — Accouchement prématuré spontané. Présentation du siège. Tête volumineuse. On tente, sans succès, l'extraction de la tête par la manœuvre de Moriceau, et on termine l'accouchement par une craniotomie sur tête dernière. Sortie le 83° jour.

OBS. N° 97. — Présentation de la face. On pratique une application de forceps sur la tête, au bas de l'excavation. Sortie le 14° jour.

OBS. N° 167. — Accouchement provoqué presque à terme par la mise en place d'une bougie de Krause. Le 3° jour, on a une poussée de température atteignant 39°. Lymphangite du sein droit. Sortie le 14° jour.

OBS. N° 199. — Les contractions utérines devenant insuffisantes, on pratique une application de forceps. Lymphangite du sein gauche. Sortie le 11° jour.

OBS. N° 304. — L'accouchement est provoqué au voisinage du terme, par la mise en place d'une bougie de Krause. Le 9° jour, la température s'élève à 39°4. Lymphangite du sein gauche. Sortie le 11° jour.

OBS. N° 359. — Prolongation exagérée du travail, on pratique la dilatation manuelle du col et l'on termine l'accouche-

ment par une application de forceps. Déchirure périnéale. Sortie le 11^e jour.

OBS. N° 365. — Il a été pratiqué une application de forceps au détroit supérieur. Le 5^e jour, la température monte à 39°9. Lymphangite. Sortie le 13^e jour.

OBS. N° 420. — Cette malade avait été hospitalisée à l'infirmerie avant son accouchement pour affection gravido-cardiaque. On a terminé l'accouchement par une application de forceps au bas de l'excavation pour empêcher la malade de pousser. Déchirure périnéale. Sortie le 27^e jour.

OBS. N° 435. — Il s'est produit un décollement du pôle inférieur de l'œuf. L'accouchement a été terminé par une application de forceps au niveau de l'excavation. Sortie le 12^e jour.

OBS. N° 436. — Accouchement au delà du terme. Dilatation lente. Travail laborieux. Inertie utérine après deux jours de travail. On doit terminer l'accouchement par une application de forceps au bas de l'excavation. Déchirure périnéale. Sortie le 12^e jour.

OBS. N° 543. — Accouchement prématuré, provoqué à 8 mois et demi par la mise en place d'une bougie de Krause. La température monte à 39°6 le 7^e jour. Lymphangite du sein droit. Sortie le 12^e jour.

OBS. N° 567. — Les douleurs devenant insuffisantes et l'enfant présentant des signes de souffrance, on termine l'accouchement par une application de forceps dans l'excavation. Sortie le 15^e jour.

OBS. N° 674. — Accouchement prématuré provoqué par la mise en place d'une bougie de Krause. La courbe de tempéra-

ture monte brusquement à 39°4, le 5^e jour. Lymphangite. Sortie le 10^e jour.

OBS. N° 711. — Une application de forceps a été pratiquée au détroit supérieur à cause de l'insuffisance des contractions. La température atteint 39° et 39°4 les 8^e et 9^e jours. Déchirure périnéale ayant nécessité trois points de suture. Lymphangite et galactophorite. Sortie le 15^e jour.

OBS. N° 752. — On a procédé à une grande extraction du siège, après dilatation manuelle du col. Il n'y a eu qu'une poussée de température de 38°7 le 7^e jour. Sortie le 10^e jour.

OBS. N° 813. — L'insuffisance des contractions utérines oblige à terminer l'accouchement par une application de forceps. Il se produit une déchirure périnéale qui nécessite trois points de suture. Sortie le 10^e jour.

OBS. N° 867. — Rupture prématurée des membranes, transformée en présentation du sommet par une version par manœuvres externes. Petite dose de pituitrine pour déclencher le travail. Reproduction de la présentation de l'épaule. Procidence d'un bras et du cordon. On pratique la manœuvre de Braxton-Hicks. Obitus fœtal. Accouchement sans incidents 5 heures après.

OBS. N° 944. — Accouchement prématuré, provoqué à huit mois et demi par la mise en place d'une bougie de Kraüse. On termine l'accouchement par une application de forceps au bas de l'excavation. Sortie le 16^e jour.

OBS. N° 967. — Contractions utérines insuffisantes. On termine l'accouchement par une application de forceps au bas de l'excavation. Phlébite de la jambe gauche. Sortie le 30^e jour.

OBS. N° 990. — L'accouchement a été terminé par une application de forceps à la partie moyenne de l'excavation. On a dû faire trois prises. Il s'est produit une déchirure périnéale qui a nécessité trois points de suture. Sortie le 24^e jour.

OBS. N° 1.052. — Accouchement provoqué à terme par la mise en place de deux bougies de Krause. L'accouchement a été terminé par une application de forceps à la partie moyenne de l'excavation. La malade a eu une hémorragie assez importante, 11.000 grammes environ.

OBS. N° 1.135. — Accouchement prématuré, provoqué par la mise en place de deux bougies de Krause, placées à quatre jours d'intervalle. L'accouchement a été terminé par une application de forceps dans l'excavation. Sortie le 13^e jour.

OBS. N° 1.157. — Etat grippal net avant l'accouchement. Celui-ci a été terminé par une application de forceps à la vulve. Vingt-quatre heures après l'accouchement se produit un frisson net avec ascension de la courbe de température à 40°. Les jours suivants, on assiste à une descente progressive de la température. Sortie le 13^e jour.

OBS. N° 1.161. — Accouchement prématuré, provoqué à huit mois et demi par la mise en place d'une bougie de Krause. Perte sanguine assez importante évaluée à 900 grammes. Sortie le 12^e jour.

OBS. N° 1.210. — Présentation du siège. On a procédé à une grande extraction du siège. Difficultés d'extraction de la tête dernière. La température s'élève à 39°4 le 10^e jour. Lymphangite du sein. Sortie le 12^e jour.

OBS. N°s 1.247 et 1.248. — Grossesse gemellaire. Accouchement prématuré spontané à sept mois et demi. Il a été fait une tentative infructueuse d'extraction à domicile. La malade

est amenée à la clinique. On pratique une craniotomie sur le premier enfant. Le deuxième est accouché grâce à une application de forceps. Sortie le 13^e jour.

Obs. N° 1.255. — Il a été pratiqué une application de forceps. Déchirure périnéale. Sortie le 11^e jour.

ANNEE 1931

Obs. N°s 76 et 77. — Grossesse gémellaire. Il a été pratiqué une grande extraction du siège sur le deuxième fœtus. Température subfébrile pendant les six premiers jours. Sortie le 11^e jour.

Obs. N° 141. — Accidents gravido-cardiaques de la malade quelques jours avant l'accouchement. On abrège le travail en pratiquant une application de forceps. Sortie le 34^e jour.

Obs. N° 182. — A cause de l'insuffisance des contractions utérines et des signes de souffrance de l'enfant, on fait une dilatation manuelle du col et l'on extrait l'enfant grâce à une application de forceps. Sortie le 13^e jour.

Obs. N°s 358 et 359. — Grossesse gémellaire. On a dû pratiquer une embryotomie sur le premier fœtus et une version podalique sur le deuxième fœtus qui, lui, est né vivant. Sortie le 10^e jour.

Obs. N° 363. — Obitus fœtal pendant la grossesse. Travail très lent. On termine l'accouchement par une craniotomie sur enfant ayant subi un commencement de macération.

Observation de mortalité

Nous n'avons relevé qu'un cas de mortalité que nous donnons ici in extenso.

ANNEE 1930

Obs. N° 593. — Mme Cre..., 30 ans. Primipare. N'est jamais venue à la visite. Dernières règles le 24 août 1929. Accouchement probable le 4 juin 1930. Il a été pratiqué plusieurs touchers en ville par une sage-femme. La poche des eaux s'est rompue spontanément le 8 juillet, à 3 heures. La malade a ressenti les premières douleurs le 9 juillet, à 13 heures. Elle est amenée dans le service à 18 heures, accompagnée par la sage-femme disant que la malade pousse depuis une heure et que les bruits du cœur faiblissent. A l'arrivée dans le service, la température de la malade est de 39°. Pouls rapide, 120 pulsations à la minute. On entend des bruits qui correspondent au pouls maternel.

On prévient immédiatement M. le Chef de clinique et M. l'Interne. A 18 h. 40, sous anesthésie, M. le Chef de Clinique pratique une application de forceps rapide. Le sous-occiput étant fixé, on désarticule et on enlève le forceps pour terminer le dégagement à la main. Pas de déchirure. On constate trois circulaires cervicaux que l'on fait glisser au-dessus de la tête. Le reste du corps suit facilement. L'enfant, du sexe masculin, est mort-né.

La délivrance est faite par refoulement 45 minutes après l'accouchement. On termine par une injection intra-utérine térébenthinée.

Après deux jours d'apyrexie, la température monte à 40°4 le troisième jour. Depuis, elle a oscillé entre 39° et 39°8.

Le pouls, toujours rapide, se maintient au-dessus de 100 pulsations à la minute. L'utérus est gros, un peu douloureux. Les lochies sont fétides. La dyspnée est notable, mais l'auscultation ne révèle aucun signe d'atteinte pulmonaire. Pas de signe de localisation.

Le 14 juin, on commence la sérothérapie antistaphylococcique.

Le 17 juin, on pratique un abcès de fixation.

Le 18 juin, on fait une prise de sang et l'examen bactériologique de l'hémoculture montre l'existence de chaînettes de streptocoques.

Le 21 juin, on fait une nouvelle hémoculture qui, cette fois, est négative.

Le 25 juin, la malade présente de nouveau une dyspnée notable. L'examen pulmonaire révèle une légère submatité des deux bases avec des foyers de râles fins, nets surtout à un endroit précis où l'on découvre l'existence d'un souffle.

Le toucher ne révèle aucun signe de localisation péri-utérine.

Le 29 juin, le foyer de la base a presque complètement disparu. Pourtant, il existe une dyspnée et une cyanose marquée.

Le 8 juillet, décès de la malade, par aggravation progressive des phénomènes pulmonaires.

La mort est survenue 29 jours après l'accouchement.

CHAPITRE III

Examen des faits observés

Depuis le mois de novembre 1927, jusqu'au mois d'avril 1931, alors que 4.445 accouchements ont été effectués à la Clinique Obstétricale, nous avons relevé 427 observations concernant des malades chez lesquelles on a été conduit à intervenir soit pour provoquer le travail, à l'aide d'une bougie de Kraüse, soit pour terminer l'accouchement par une application de forceps, par une version ou toute autre manœuvre obstétricale, à l'exclusion de certaines d'entre elles, telle par exemple, la manœuvre de Braxton-Hicks, pratiquée en cas de placenta prævia. Nous avons, en effet, écarté toutes les observations ayant trait à des placentas prævia avec hémorragie, et toutes celles dans lesquelles nous voyons les malades présenter une intoxication gravidique majeure, dont le type est constitué par l'éclampsie. Chez de telles malades, en effet, il est difficile de juger quel est le rôle de l'intervention dans la pathogénie de l'infection constatée, et

dans quelles mesures l'état préalable de la malade, ou si l'on veut le terrain, a pu influencer sur la marche des phénomènes pathologiques.

Ainsi que nous l'avons déjà précisé, au début de ce travail, nous avons écarté tous les cas dans lesquels on a été conduit à intervenir, en outre, au cours de la période de la délivrance.

En résumé, notre statistique de morbidité et de mortalité, porte uniquement sur les infections puerpérales, constatées chez des femmes au préalable sensiblement normales, à la suite d'une intervention de pratique courante, effectuée au cours du travail, la délivrance s'étant déroulée ensuite sans incidents.

Dans de semblables conditions, nous avons relevé 427 observations.

En parcourant ces 427 observations, nous avons relevé 100 cas de morbidité, soit un pourcentage de 23 %. Parmi ces cas de morbidité, nous plaçons tous les cas d'infection puerpérale, relevés dans les suites de couches, y compris, naturellement comme il est classique de le faire, les infections d'origine mammaire ; mais il nous semble, et c'est également l'avis de notre maître, le Professeur Voron, que ces infections d'origine mammaire, peuvent être séparées des autres infections puerpérales, parce que dans la pratique, il ne s'agit pas de faits de même ordre. Ayant enlevé ces infections mammaires de notre statistique, il nous reste 88 cas de morbidité, soit un pourcentage de 20 % environ.

Quant à la mortalité par infection puerpérale, envisagée dans les conditions où nous nous sommes placé,

elle paraît extrêmement réduite, puisque nous trouvons un seul cas de mort. Il s'agit d'une malade, arrivée à la clinique au cours du travail, chez laquelle on a été conduit à pratiquer une application de forceps, d'une part, parce que les bruits du cœur faiblissaient, et d'autre part aussi, parce que la malade présentait une température de 39°. Elle est morte 29 jours après, accusant des phénomènes pulmonaires terminaux consécutifs à une septicémie.

Si nous voulions établir le pourcentage de mortalité, nous arriverions au chiffre de 0,23 % mais, nous ne voulons pas tenir compte de ce pourcentage, parce qu'il est établi à l'aide d'une seule observation, et que notre statistique groupe un trop petit nombre de cas pour que les chiffres traduisant la mortalité présentent une réelle valeur.

Laissant donc de côté la mortalité pour nous occuper exclusivement de la morbidité, nous allons comparer nos chiffres avec ceux obtenus par nos camarades, MM. Esparrac et Denaclara, qui font leur thèse en même temps que nous, et qui, dans la même période de temps, ont relevé la morbidité par infection puerpérale, l'un, à la suite des accouchements strictement spontanés et normaux, l'autre, à la suite des interventions effectuées au cours de la période de la délivrance, à l'exclusion de toute manœuvre obstétricale, mise en œuvre au cours du travail.

En ce qui concerne les accouchements spontanés, notre camarade Esparrac arrive à un pourcentage de morbidité de 7 % environ, qui est très nettement inférieur au nôtre.

Notre camarade Denaclara, à la suite des interventions effectuées au cours de la délivrance, obtient un pourcentage de 27 %. Ce chiffre est, cette fois-ci, beaucoup plus élevé que celui que nous avons obtenu nous-même. Il nous semble donc que dans les services hospitaliers, les interventions simples, effectuées au cours du travail, aient un rôle pathologique vis-à-vis de l'infection puerpérale, nettement moins important, que celui joué par exemple par la délivrance artificielle.

Quant à la mortalité par infection puerpérale, nous trouvons comme nous l'avons déjà dit, un cas de mort sur 427 interventions, alors que M. Esparrac a trouvé trois morts par infection puerpérale pour 3.643 accouchements spontanés. Notre proportion est donc plus élevée comme il était logique de le prévoir à priori, mais d'une manière qui ne saurait, surtout dans notre statistique restreinte, marquer une différence bien nette entre le danger des interventions simples et celui offert à ce point de vue par les accouchements spontanés.

Conclusions

I. — Nous avons relevé en trois ans et demi, à la Clinique Obstétricale, 427 observations concernant des femmes ayant subi une intervention au cours du travail, à l'exclusion de toute intervention au cours de la période de la délivrance. Nous avons compté, comme intervention au cours du travail, la mise en place d'une bougie de Kräuse destinée à provoquer l'accouchement.

II. — A propos de ces 427 observations, nous relevons 100 cas de morbidité générale par infection puerpérale, soit un pourcentage de 23 %. Nous comprenons parmi les infections puerpérales, les infections mammaires, apparues pendant les douze premiers jours des suites de couches.

III. — Si nous éliminons de notre statistique ces infections d'origine mammaire, nous constatons que le nombre des femmes ayant présenté des phénomènes infectieux pendant les suites de couches, sans que ces phénomènes infectieux puissent être, avec certitude, attribués à une autre maladie que l'infection

puerpérale, s'élève au chiffre de 87, soit un pourcentage de 20 % environ.

IV. — Le pourcentage de 20 % est intéressant à comparer à celui que l'on obtient en relevant les cas d'infection puerpérale à la suite des accouchements spontanés (7,1 %) et celui obtenu, en effectuant les mêmes recherches, à la suite des accouchements au cours desquels on a été conduit à intervenir durant la période de la délivrance à l'exclusion de toute intervention au cours du travail (27 %).

V. — Nous n'avons relevé qu'un seul cas de mort par infection puerpérale, ce qui correspond à un taux de 2 pour 1000 environ, pour ce qui concerne la mortalité par infection, à la suite des interventions effectuées au cours du travail.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
VORON.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 16 Novembre 1931.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
CHAPITRE PREMIER.	13
CHAPITRE II. — Nos observations.....	17
CHAPITRE III. — Examen des faits observés....	35
CONCLUSIONS	39



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 IMPRIMEURS - ÉDITEURS 00 00

00 42, QUAI GAILLETON, 42 00

00 00 00 00 LYON 00 00 00 00



